Kwestionariusz rejestracyjny

1. **DANE OSOBOWE**

Rok akademicki 20.….…/ 20.…..

Data wypełnienia………………...

1. Nazwisko…………………………………………………………………………………………………….………………………………………
2. Imię…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………..……
3. Adres do korespondencji…………………………………………………………………………………………………….…………...

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….…

1. Preferowana forma kontaktu

a. e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………………………

b. telefon …………………………………………………………………………………………………………………………………..........

c. wiadomość SMS ……………………………………………………………………………………………………………………….

1. Preferowany czas udzielania pomocy z ramienia Biura ds. osób z Niepełnosprawnościami

a. określony czas (od……………do …………..)

b. cały okres trwania studiów (od ………………… do…………………..)

# INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW NA AKADEMII IGNATIANUM W KRAKOWIE

1. Wydział……………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Kierunek……………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Rok studiów …………………….………………………………………………………………………………………………………………
4. Semestr ……………………………………………………..……….…………………………………………………………………………...
5. Nr albumu………………………………………….……………………………………………………………………………………………..
6. Tryb studiów:
7. stacjonarne
8. niestacjonarne
9. Stopień studiów:
   * + - 1. I (licencjackie) d. Jednolite studia magisterskie
     1. II (magisterskie) e. Szkoła Doktorska
     2. III (doktoranckie) f. Podyplomowe

# Udzielając poniższych informacji udzielasz wyraźnej zgody dla Akademii Ignatianum w Krakowie na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia. Pamiętaj, że robisz to dobrowolnie. Więcej informacji znajdziesz w klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych dostępnej poniżej dokumentu.

# INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. Stopień niepełnosprawności:
2. Znaczny b. umiarkowany c. lekki d. brak orzeczonego stopnia
3. Rodzaj (symbol) niepełnosprawności…………………………………………………………………………………………...
4. Opis niepełnosprawności

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

1. Opis stanu zdrowia ………………………………….…………...………………….……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….............…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# OPIS TRUDNOŚCI W DOTYCHCZASOWEJ EDUKACJI

Proszę opisać wszelkie trudności jakie pojawiają się/mogą się pojawić podczas studiów np. trudności w pokonywaniu odległości między salami, brak możliwości odczytania treści zapisanych na tablicy, brak możliwości samodzielnego notowania, zaburzenia koncentracji, potrzeba korzystania ze specjalistycznego sprzętu.

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………...…………………….....

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………...………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………...………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………...………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………...……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zgłaszam chęć dostępu do parkingu AIK, ze względu na swoją niepełnosprawność.

Wyrażam zgodę na poinformowanie prowadzących zajęć na które będę uczęszczać o możliwych trudnościach z którymi mogę się zmagać w trakcie pobierania kształcenia w AIK.

Oświadczam, że:

* podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
* Zapoznałem/am się z regulaminem Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami Akademii Ignatianum   
  w Krakowie z dnia ……………….roku i w pełni go akceptuję.
* zobowiązuję się do bieżącego uaktualniania przedłożonych do wglądu dokumentów, jeśli mają one charakter okresowy.

Wyrażam zgodę na wpisanie mojego adresu e-mail podanego w pkt. I na listę mailingową BON AIK   
w celu przesyłania mi informacji o ofertach edukacyjnych i wydarzeniach odbywających się na uczelni oraz możliwościach uzyskania dodatkowego wsparcia spoza AIK (np. PFRON)

TAK NIE

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

**Administrator danych**:

Akademia Ignatianum z siedzibą w Krakowie przy ul. Mikołaja Kopernika 26, 31-501 Kraków. Kontakt do Administratora: telefon – 123 999 578 adres e-mail; bon@ignatianum.edu.pl Kontakt do inspektora ochrony danych: adres e-mail: [iod@ignatianum.edu.pl](mailto:iod@ignatianum.edu.pl). Pani/Pana dane zostały pozyskane bezpośrednio od Pani/Pana. W przypadku, w którym jest Pani/Pan asystentem osoby niepełnosprawnej, dane pozyskaliśmy od osoby zgłaszającej Panią/Pana jako jej asystenta.

**Cel i podstawa prawna przetwarzania danych**:

* realizowanie względem Pani/Pana celów, praw i obowiązków wynikających z Regulaminu Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. „umowa-regulamin”, w zw. art. 9 ust. 2 lit. a) RODO tj. „wyraźna zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia”, a to w związku z korzystaniem z pomocy świadczonej przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami;
* wypełnianie obowiązków prawnych np. prowadzenie dokumentacji księgowej i podatkowej, w tym archiwizowanie dokumentacji. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. „obowiązek prawny”;
* wykonywanie postanowień Regulaminu Biura ds. Osób Niepełnosprawnych, dochodzenie lub obrona przed ewentualnymi roszczeniami związanymi z Regulaminem; kontakt z osobami wskazanymi do kontaktu przez Panią/Pana. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. f) RODO tj. „prawnie uzasadniony interes”;
* przekazywanie informacji marketingowych, w przypadku wyrażenia zgody na wykorzystanie danych w tym celu. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w związku z przepisami prawa telekomunikacyjnego i przepisami prawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną tj. przepisami dotyczącymi kanału komunikacji marketingowej.

Przekazanie danych jest dobrowolne a brak ich przekazania nie wywołuje negatywnych skutków prawnych, niemniej skutkuje brakiem możliwości skorzystania z pomocy świadczonej przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami. W przypadku chęci korzystania z pomocy świadczonej przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami oraz w przypadku przepisów prawnych, przekazanie danych jest niezbędne. Dane nie podlegają przetwarzaniu w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

**Okres przechowywania danych:**

* okres do czasu zrealizowania ww. celu – tj. przez cały okres korzystania z pomocy świadczonej przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami;
* okres przechowywania dokumentów określony przepisami prawa np. przepisy prawa podatkowego, w tym określające okres archiwizowania dokumentacji;
* okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów szczególnych np. kodeks cywilny;
* w przypadku wyrażonej zgody marketingowej do czasu jej cofnięcia (co nie wpływa na okres przed jej wycofaniem) lub do czasu zaprzestania wysyłania korespondencji marketingowej – a to w zależności od tego co nastąpi jako pierwsze.

**Odbiorcy danych**:

Dane są udostępniane przede wszystkim pracownikom i współpracownikom Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami, w tym osobom pełniącym funkcję asystenta osoby niepełnosprawnej. Dane mogą być również udostępniane uprawnionym organom państwowym, instytucjom nadzorczym i kontrolnym, jak również podmiotom – firmom, z którymi współpracujemy w ramach wyżej wymienionych celów np. dostawcom i serwisantom rozwiązań (usług) teleinformatycznych (IT).

**Prawa związane z przetwarzaniem danych**:

Prawodostępu do danych osobowych (informacja o przetwarzanych danych osobowych oraz ich kopia), sprostowania danych (gdy są one nieprawidłowe), przeniesienia danych (w przypadkach określonych w RODO), usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych – na zasadach określonych w RODO, wniesienia sprzeciwu czy cofnięcia wyrażonej zgody (gdyby została wyrażona). W celu skorzystania z tych praw należy skontaktować się z Administratorem. Ponadto można również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie.

**………………………………….  
Data i podpis studenta**

# WYPEŁNIA PRACOWNIK BON

Imię i nazwisko studenta…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………

Ustalenia po pierwszym spotkaniu

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...……………………………………………………………………………………………………

Propozycja rodzaj pomocy jaką potrzebuje student

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…………………………………………………..…………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...………………………………………………………………………………………………………

Uwagi pracownika BON

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….…………………………………………………..…………………...……………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zapoznałem się z dokumentacją medyczną dotyczącą stanu zdrowia o których mowa w pkt. III i V oraz opinią o której mowa w pkt. IV.

**……………………….…………………………………………….**

data i podpis osoby przyjmującej kwestionariusz